

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

367

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 29 juillet 1892, à 1 heure

PAR

Henri MALLET

Né à Riom, le 30 novembre 1864
Ancien externe des hôpitaux
Médaille de bronze de l'Assistance publique

DU

DÉBRIDEMENT DE LA VULVE

COMME OPÉRATION PRÉLIMINAIRE

DANS LES INTERVENTIONS SUR L'UTÉRUS, LE VAGIN ET LA VESSIE

ÉTUDE DES PROCÉDÉS DE M. CHAPUT

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : } MM.
 } MARC SÉE, professeur.
 } JALAGUIER, RICARD, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

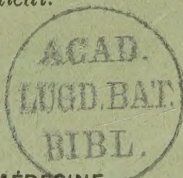
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1892



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N

367

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 29 juillet 1892, à 1 heure

PAR

Henri MALLET

Né à Riom, le 30 novembre 1864
Ancien externe des hôpitaux
Médaille de bronze de l'Assistance publique

DU

DÉBRIDEMENT DE LA VULVE

COMME OPÉRATION PRÉLIMINAIRE

DANS LES INTERVENTIONS SUR L'UTÉRUS, LE VAGIN ET LA VESSIE

ÉTUDE DES PROCÉDÉS DE M. CHAPUT

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : { MM.
MARC SÉE, professeur.
JALAGUIER, RICARD, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TILLAUX.
Thérapeutique et matière médicale.....	G. POUCHET.
Hygiène.....	HAYEM.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBENE.
Clinique médicale.....	STRAUS
Clinique des maladies des enfants.....	G. SEE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux.....	PETER.
Clinique chirurgicale.....	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	BALL.
Clinique ophthalmologique.....	FOURNIER.
Cliniques d'accouchements.....	CHARCOT.
	VERNEUIL.
	LE FORT.
	DUPLAY
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY et PAJOT

Agréés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	ROBIN Albert.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	SCHWARTZ.
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomiques	SEGOND.
BRISAUD.	HUTINEL.	POUCHET.	TUFFIER.
BRUN.	JALAGUIER.	QUENU.	VILLEJEAN.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	WEISS
CHANTEMESSE	LETULLE.	RETTNER.	
CHAUFFARD.	MARIE.	REYNIER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	RIBEMONT-DESSAIGNES	
FAUCONNIER.	NELATON.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté ; CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Au cours de l'année dernière, pendant laquelle nous avons eu l'honneur d'être l'externe de M. le Dr Peyrot, nous avons vu pratiquer une fois par notre excellent maître un débridement de la vulve. Il s'agissait dans ce cas d'une femme déjà âgée, mais vierge, chez laquelle M. Peyrot faisait l'hystérectomie vaginale pour un cancer du corps utérin. La tumeur était très volumineuse, la vulve et le vagin étaient d'une étroitesse extrême, l'utérus ne se laissait que peu abaisser, aussi l'opération ne marchait que lentement et avec de grandes difficultés, si bien qu'après d'assez longues tentatives, on se décida à faire une incision sur la partie latérale gauche de la vulve. Cette incision, qui entamait profondément la grande lèvre et empiétait notablement sur le vagin, donna immédiatement un jour considérable au champ opératoire, et en quelques minutes l'extirpation de l'utérus fut terminée.

Cela nous avait vivement frappé, car c'est la première fois que nous voyions débrider la vulve au cours d'une opération sur l'utérus. Les quelques recherches que nous fîmes à cette époque dans les différents traités de gynécologie opératoire purent nous convaincre qu'il s'agissait là d'une question encore peu étudiée. Aussi est-ce avec un vif intérêt que nous avons lu l'intéressante commu-

nication faite par M. le Dr Chaput en décembre 1891 à la Société obstétricale et gynécologique de Paris et intitulée : « *Du débridement de la vulve comme opération préliminaire et de la technique de l'extirpation de l'utérus par le vagin.* »

M. Chaput a bien voulu nous communiquer un peu plus tard ses notes et ses observations et nous autoriser à faire de son procédé le sujet de notre thèse inaugurale. Qu'il veuille bien nous permettre de lui adresser ici tous nos remerciements les plus sincères.

Nous tenons à remercier également MM. les Drs Sevestre et Dujardin-Beaumetz, qui nous ont fait l'honneur de nous accepter comme externe dans leur service.

Que notre cher maître, M. le professeur agrégé Peyrot, dont les enseignements nous ont été si utiles, veuille bien accepter le témoignage de notre vive reconnaissance.

Nous présentons aussi l'hommage de notre profonde gratitude à M. le Dr Bazy pour la sympathie qu'ils nous a montrée et pour les conseils qu'ils nous a prodigués.

M. le professeur Tillaux a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous sommes vivement touché de cet honneur et nous tenons à lui en exprimer ici toute notre reconnaissance.

HISTORIQUE

Nous comptons dans cette thèse étudier la technique et les indications du débridement de la vulve comme opération préliminaire dans les interventions sur le vagin, la vessie, l'utérus et ses annexes.

Nous n'étudierons pas le débridement de la vulve au point de vue obstétrical, ce serait certainement une étude très intéressante, et nous croyons que le débridement de la vulve, appliqué en obstétrique suivant la méthode que nous allons préconiser, pourrait, en la modifiant légèrement, rendre de grands services. Il vaudrait mieux, nous semble-t-il, avoir à suturer, après l'accouchement, une plaie opératoire à bords nets et francs, faite suivant un trajet voulu et ayant produit le minimum de délabrement, qu'une déchirure irrégulière intéressant largement la voie rectale.

Si nous avons été ainsi conduit à parler du débridement de la vulve en obstétrique, c'est que cette opération n'a guère été employée jusqu'à ce jour que par les accoucheurs ; mais il y a entre le débridement tel que l'avaient proposé et tel que l'emploient la plupart des accoucheurs, et la méthode de M. Chaput, des différences notables. Aussi nous contenterons-nous de rappeler en quelques mots les procédés les plus connus en obstétrique.

Dubois faisait aux ciseaux deux petites incisions postéro-latérales de chaque côté de la fourchette.

Ritgen se sert d'incisions rayonnantes peu profondes, mais multiples.

Eichelberg emploie une ou deux grandes incisions latéro-inférieures partant de la commissure inférieure de la vulve et se dirigeant en dehors et en arrière.

Michaelis se sert d'une incision franchement postérieure entamant le périnée. Tarnier et Chantreuil complètent le procédé de Michaelis par une seconde incision partant de l'extrémité inférieure de la première et se dirigeant soit d'un seul côté en L, soit des deux côtés en V renversé.

De l'avis de la plupart des accoucheurs (1), le procédé de Ritgen est insuffisant, celui de Michaelis complété au besoin par les incisions de Tarnier et Chantreuil, serait préférable, mais ne vaudrait pas celui d'Eichelberg. C'est en suivant la technique de ce dernier qu'on arrive à augmenter dans les plus grandes proportions les dimensions de la fente vulvaire.

Or, c'est ce procédé qui se rapproche le plus de celui de M. Chaput.

On a élevé quelques objections contre le procédé d'Eichelberg, on lui a reproché de blesser souvent le conduit excréteur de la glande de Bartholin et d'amener la section de filets nerveux qui restent douloureux après la cicatrisation, mais tous ces inconvénients sont notablement exagérés, comme on le verra plus loin.

1. Auvard, *Traité d'accouchements*, p. 233.

Tous ces procédés obstétricaux nous paraissent en somme fort insuffisants au point de vue chirurgical. Ils permettent, il est vrai, d'augmenter les dimensions de l'orifice vulvaire déjà dilaté et peuvent empêcher son éclatement pendant le passage de la tête fœtale. Mais ils n'ouvrent pas assez largement le canal vulvo-vaginal pour laisser faire, lorsque ce canal est très étroit, sur un utérus augmenté de volume, une opération longue et compliquée.

Les procédés employés jusqu'ici par les chirurgiens ne diffèrent pas beaucoup, semble-t-il, des procédés obstétricaux, d'ailleurs; comme nous l'avons déjà dit, la littérature chirurgicale est bien pauvre à ce sujet.

Dupuytren faisait quelquefois une incision vulvaire qu'il qu'il portait en arrière vers le périnée.

Pozzi (1) cite une observation du professeur Verneuil, où cet opérateur a eu recours au débridement vulvaire pour faciliter l'extraction d'un polype utérin très dur remplissant complètement l'excavation du petit bassin chez une femme vierge.

« La malade étant endormie et placée dans la situation
« de la taille, section sur la ligne médiane avec le thermo-
« cautère de tout le périnée, depuis la commissure vul-
« vaire postérieure jusqu'au sphincter anal exclusivement,
« ce débridement ne servit pas à grand'chose et donna
« moins d'espace qu'on ne l'espérait ».

Barnes en Angleterre rapporte un cas de rupture du périnée pendant une opération pour un énorme corps fi-

1. Pozzi, *Revue de chirurgie*, 1885.

breux et raconte que pour éviter ce malheur il a eu quelquefois recours à deux incisions postero latérales analogues à celles de Dubois.

Hegwood-Smith a également employé ces incisions.

Nous pourrions encore citer quelques observations isolées, car il est bien certain qu'il est peu de chirurgiens qui au cours de leur pratique n'aient pas été forcés de faire le débridement vulvaire.

Et si pour plusieurs praticiens cette opération n'a pas rendu les services qu'on attendait d'elle, c'est qu'elle a été faite trop parcimonieusement. Toutes les incisions vulvaires postérieures comme celles du professeur Verneuil par exemple qui n'est autre que l'incision de Michaelis. En raison de la minceur du périnée et du voisinage du rectum ne donnent forcément que peu de jour.

Pour que le débridement soit réellement efficace il faut sectionner largement, hardiment en faisant une incision postéro-latérale. Si on réfléchit en effet aux rapports de la vulve on voit qu'on ne peut débrider cet orifice que dans cette direction et en sectionnant même profondément on ne blesse aucun organe important.

De cette façon chez des femmes à vagin étroit on peut faire les opérations les plus complexes sur l'utérus sans être gêné malgré la place prise par le col, les pinces erignes les clamps les écarteurs. Les observations qui sont à la fin de notre thèse en font foi.

M. Chaput a réglé les différents temps de cette incision nous allons donc exposer d'après ces indications et d'après les opérations auxquelles il a bien voulu nous faire assister la technique du débridement vulvaire.

TECHNIQUE DU DÉBRIDEMENT VULVAIRE.

Incision. — L'incision peut être représentée du côté de la peau par une ligne qui commence en haut à 2 centimètres environ du milieu de la fourchette se dirige en bas et en dehors vers l'ischion et s'arrête après un parcours de 4 à 5 centimètres (fig. 1).

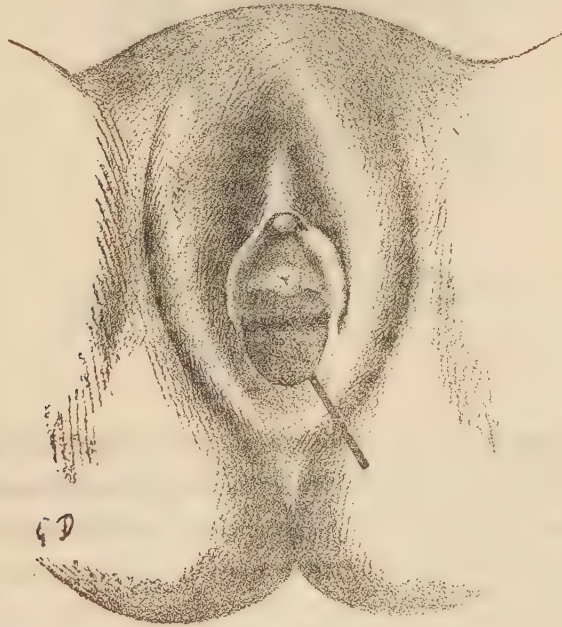


Fig. 1.

Cette incision se prolonge en haut dans le vagin à cinq centimètres du bord de la vulve, dans le même plan que

l'incision cutanée, mais on peut la faire sans inconvénient remonter un peu plus haut si le vagin présente une grande profondeur.

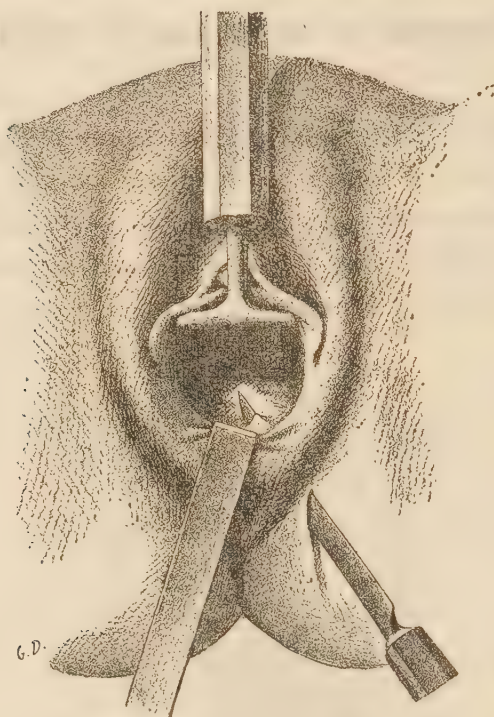


Fig. 2.

M. Chaput n'incise jamais des parties superficielles vers les parties profondes car les tissus fuient sous l'instrument tranchant et on n'obtient pas un débridement suffisant. De plus les bords de la plaie ne sont pas nets, la section n'est pas franche.

Au contraire si l'on opère par transfixion en enfonçant la pointe d'un bistouri à lame longue et étroite au voisinage de l'incision et en la faisant sortir dans le vagin

suivant la ligne indiquée (fig. 3) on fait rapidement une brèche convenable. Il est bon pour que le couteau ne dévie pas de pincer fortement entre le pouce et l'index de la main gauche la branche de tissu que l'on veut inciser.

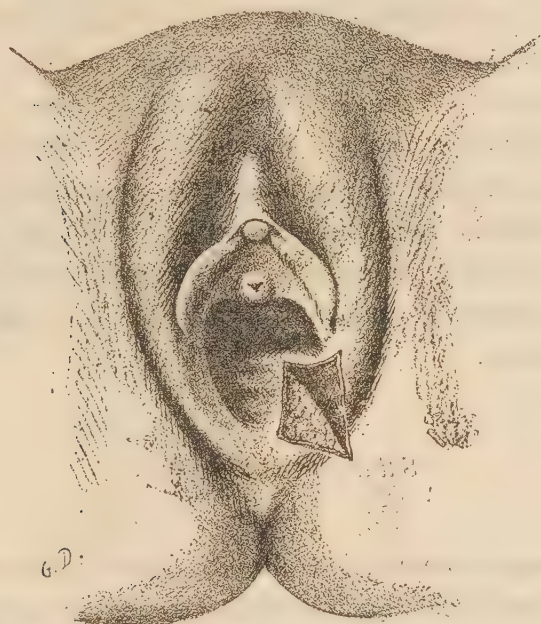


Fig. 3.

Aussitôt que la transfixion est faite des jets artériels s'élancent de la plaie, l'hémorrhagie est assez abondante car on sectionne une région très vasculaire. M. Chaput a l'habitude de pincer avec sa main gauche la lèvre gauche de la plaie. Tandis qu'un aide comprime la lèvre droite, de sa main droite restée libre, l'opérateur peut alors faire rapidement l'hémostase.

Il saisit avec des pinces hémostatiques l'angle supérieur

de l'incision et les deux angles latéraux et étale ainsi largement les surfaces saignantes dont l'aspect est celui d'un losange. Il est très facile alors de pincer un à un tous les vaisseaux qui donnent, quelques pinces suffisent ; ces pinces, l'hémostase terminée sont laissées en place, elles ne gênent nullement par leur présence, on n'a qu'à les déprimer avec la valve d'un écarteur vaginal.

La vulve et le vagin sont dès lors largement ouverts, et par cette vaste brèche on a sous les yeux le col utérin, la paroi antérieure du vagin dont on aperçoit facilement tous les détails. On exécute l'opération principale ; hystérectomie ; ablation de polype, etc., et quand tout est terminé, pansement compris on procède à la suture du débridement.

Suture du débridement.

M. Chaput commence habituellement sa suture en plaçant d'abord le fil correspondant aux angles latéraux, du losange pour pouvoir plus facilement obtenir un affrontement correct. Avec une aiguille d'Emmet on fait cheminer au-dessous des surfaces creusées un fil d'argent assez fort sur les deux chefs duquel on place une pince hémostatique. Ce fil d'argent peut être remplacé par un catgut ou une forte soie.

Ensuite on exécute la suture de la partie vaginale en procédant de haut en bas soit avec l'aiguille d'Emmet soit avec une aiguille de Reverdin ou de Lamblin courbes. Cette suture peut être faite au crin de Florence ou au

catgut, lorsqu'on emploie ce dernier on peut faire une suture au surjet qui est d'une exécution plus rapide.

Arrivé au fil d'argent on le tord et on conserve environ

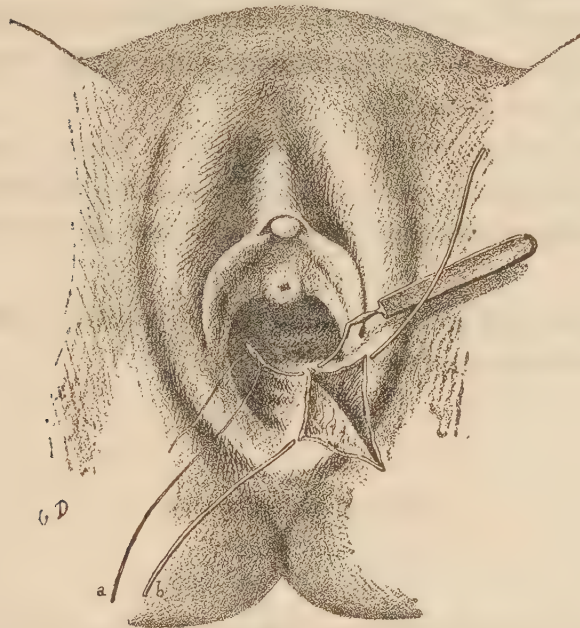


Fig. 4.

5 à 6 centimètres des deux chefs qu'on utilisera plus tard pour le pansement.

La suture de la portion cutanée se fera avec une aiguille courbe quelconque et des crins de Florence.

Pansements. Soins consécutifs.

Le tamponnement iodoformé du vagin réalise le pansement parfait de la portion vaginale de la suture. En

enroulant une bandelette de gaz iodoformée autour des chefs du fil d'argent auxquelles on donne une direction verticale, on protège suffisamment la suture cutanée. Toutefois, si l'on n'a pas employé de fil d'argent, il est préférable de mettre sur la vulve un morceau de gaze iodoformée, recouvert d'ouate hydrophile qu'on maintient par un bandage en T.

Tous les jours on fait la toilette de la vulve et on saupoudre la plaie vaginale avec de la poudre d'iodoforme.

Les fils cutanés sont enlevés au 8^e jour, le fil d'argent au 15^e.

Si l'on s'est servi de catgut pour la suture vaginale, on peut le laisser se résorber.

Du double débridement.

Quand un débridement unique ne donne pas un jour suffisant, on peut faire un double débridement de chaque côté. Dans les observations III, IV, IX, XIII, il a fallu y avoir recours. La double transfixion une fois faite la région de la fourchette tombe en arrière en donnant au vagin des dimensions extraordinaires. Il faut avoir vu cette opération pour se rendre exactement compte du jour énorme qu'elle donne. La fig. 5 n'en donne qu'une idée incomplète.

En effet, une vulve sur laquelle on a fait le double dé-

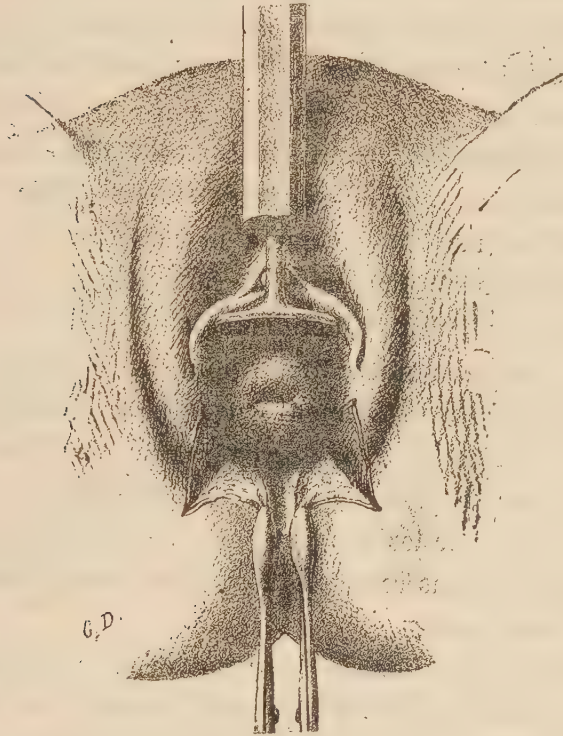


Fig. 5.

bridement présente un diamètre considérable : 10 à 15 centimètres d'avant en arrière et transversalement.

Complications. Résultats éloignés.

Le débridement de la vulve n'entraîne jamais de complications immédiates. Sur les 17 observations que nous

citons à la fin de notre thèse, on n'a observé qu'une seule fois la suppuration de la plaie. Il s'agissait (obs. IV) d'une femme à qui l'on avait enlevé l'utérus pour salpingite suppurée, et la plaie du débridement avait été probablement inoculée par le pus provenant des annexes. On se contenta de retirer quelques fils de suture et la guérison s'obtint facilement. C'est là un accident absolument fortuit, car cette malade avait subi le double débridement et elle n'a suppuré que d'un seul côté.

Il est seulement nécessaire de faire encore plus soigneusement la toilette quotidienne de la vulve chez les femmes à qui on a ouvert une suppuration pelvienne.

On a accusé le débridement vulvaire de blesser quelquefois le canal excréteur de la glande de Bartholin. Nous croyons d'après les quelques examens que nous avons pu faire sur les cadavres que l'incision telle que nous la préconisons reste toujours assez notablement en dessous de ce canal.

Le débridement vulvaire entraîne aussi la section de quelques branches du nerf honteux interne, ces filets nerveux resteraient, paraît-il, douloureux après la cicatrisation. C'est là un fait que nous n'avons jamais observé.

Ce qu'il est plus intéressant d'étudier, ce sont les résultats éloignés. On peut évidemment nous objecter qu'il s'agit d'une opération encore trop neuve pour que nous puissions trancher cette question d'une manière définitive.

Cependant chez toutes les malades que M. Chaput a pu revoir, et quelques-unes étaient opérées depuis plus

de six mois, la vulve paraissait intacte, nullement dilatée, un observateur non prévenu n'aurait pu reconnaître la trace de l'opération. Une ligne mince, cicatricielle, visible à l'entrée du vagin, indique seule la place du débridement.

La malade dont le débridement avait suppuré n'a pas gardé plus de traces que les autres.

Nous ne savons ce qui pourrait arriver dans un accouchement consécutif, n'ayant aucune observation de femme ayant accouché après avoir subi un débridement de la vulve.

Mais nous pouvons faire remarquer que les accouchements ne présentent aucune difficulté chez les femmes à qui on fait une périnéorrhaphie. Nous ajouterons en plus que le débridement de la vulve est le plus souvent le préliminaire d'une extirpation totale de l'utérus et de ses annexes.

Il peut arriver qu'à la suite d'une extirpation par morcellement d'un utérus cancéreux, une récurrence vaginale puisse se faire dans les limites du débridement (obs. VII). Pour prévenir cet accident, il suffira, croyons-nous, d'éviter le morcellement de l'utérus à, niveau de la tumeur, autant que possible il faudra enlever cette dernière en un seul temps.

INDICATIONS.

Quelles sont d'abord les indications générales de cette opération préliminaire ? Nous n'hésitons pas à répondre que le débridement est indiqué d'une manière générale dans toutes les interventions un peu complexes sur le vagin, l'utérus ou la vessie chez les femmes vierges. Les opérations gynécologiques sont rares, il est vrai, chez les vierges, mais on peut être amené à en faire, et les opérations sont alors entourées de grandes difficultés. Nous croyons que la section de l'hymen et la dilatation du vagin avec les boules dilatatrices fabriquées pour cet usage est une méthode absolument insuffisante. Elle est longue, exige plusieurs jours, et ne peut être appliquée dans les cas où l'intervention doit être rapide.

Dans notre observation XV, où il s'agissait d'un polype utérin à large base chez une vierge, le débridement de la vulve à gauche a permis de faire très aisément l'ablation de la tumeur par morcellement.

Il est aussi des femmes multipares dont la vulve et le vagin sont très étroits, chez elles nous croyons qu'il faut faire le débridement vulvaire. L'étroitesse de la vulve peut quelquefois être le résultat d'une opération antérieure. C'est ainsi que dans un cas (obs. XVI) M. Chaput dut débrider la vulve pour extirpation vaginale de l'uté-

rus chez une femme à qui il avait déjà fait une occlusion vulvaire pour prolapsus utérin. La première opération n'ayant eu qu'un résultat incomplet, il fallut en arriver à une opération radicale.

Telles sont les indications générales du débridement vulvaire.

Mais on peut encore se trouver amené à débrider dans bien des cas chez des femmes dont le canal vulvo-vaginal présente pourtant des dimensions suffisantes.

C'est surtout au cours de l'extirpation vaginale de l'utérus pour salpingite, pour fibrome, pour cancer qu'on devra y avoir recours, toutes les fois que la tumeur utérine ou péri-utérine sera gênante par son volume ou que la matrice solidement fixée par des adhérences ne se laissera pas abaisser.

Si nous nous reportons aux observations I, II, V et VI d'hystérectomies vaginales pour grosses tumeurs salpingiennes, à l'observation III, où la salpingite était peu volumineuse, mais où l'utérus ne se laissait pas abaisser, nous voyons que le débridement a singulièrement facilité l'opération principale. Dans tous ces cas, après avoir débridé la vulve, on a le col utérin sous les yeux, on voit tous les points qui saignent, on peut facilement placer ses pinces, et le doigt peut évoluer à l'aise dans un vagin encombré pourtant par les pinces hémostatiques, les valves, etc. Aussi M. Chaput en arrive-t-il à conseiller systématiquement dans tous les cas d'extirpation de l'utérus pour pyosalpinx le débridement uni ou bilatéral de la vulve, à moins que les dimensions de cet orifice soient énormes. Cette méthode en effet rend non-

seulement l'extirpation de l'utérus rapide et facile, mais elle permet encore de faire (sauf quand il y a de très grandes poches) l'extirpation complète des annexes après l'hystérectomie, grâce à la facilité qu'on a d'introduire aisément quatre doigts dans le bassin.

Enfin, grâce au débridement, l'hémostase quelquefois difficile de ces opérations est singulièrement facilitée. C'est ainsi qu'au cours d'une hystérectomie vaginale pour prolapsus utérin (obs. XIV), le débridement vulvaire fut fait pour trouver la source d'une hémorrhagie inquiétante, dont on put alors se rendre facilement maître.

Au cours des hystérectomies vaginales pour fibromes (obs. XII, XV et XVII), pour cancer utérin (obs. VII, VIII et IX), le débridement rend encore de grands services. Il permet notamment d'extirper un utérus cancéreux quand le néoplasme est déjà avancé dans sa marche, ce qui est malheureusement le cas habituel, et de faire alors de larges résections du vagin.

Enfin on doit débrider la vulve comme opération préliminaire lorsqu'on intervient pour une fistule vésico-vaginale inaccessible.

Tous les chirurgiens savent combien il est difficile dans ce cas, non-seulement d'aviver la fistule et de la suturer, mais même quelquefois de la voir. Ainsi chez la malade de l'observation XIII, le vagin profond de plus de 12 centimètres était si plissé, si exubérant, qu'il était impossible d'apercevoir l'orifice fistuleux.

Grâce au double débridement vulvaire, on put sans aucune peine rendre la fistule accessible et la suturer.

On pourrait également avoir recours avec le plus grand

fruit à la méthode de M. Chaput dans les fistules vésico-utérines et recto-vaginales.

Le débridement vulvaire présente encore de nombreuses applications à l'obstétrique, qui ont été signalées par Dührssen.

OBSERVATIONS

Les observations qui suivent sont dues à l'obligeance de M. le D^r Chaput, chirurgien des hôpitaux, le résumé des 12 premières a paru dans son mémoire à la Société obstétricale, les autres sont inédites.

OBSERVATION I.

E. A..., 27 ans. Entrée le 15 juillet 1891 à la Salpêtrière, salle Lallemand, n° 7.

Antécédents personnels. — Réglée à 11 ans 1/2. Un enfant il y a onze ans, mort à 4 mois. Accouchement normal. Bien réglée, ses règles duraient 2 jours, non douloureuses. Fièvre typhoïde, il y a un an, ayant duré 2 mois. Quatre mois après sa fièvre typhoïde, la malade a eu ses règles qui ont duré 5 semaines, les pertes ont été très abondantes, presque indolentes. La malade affirme avoir eu ses règles le mois précédent.

Elle est entrée salle Lallemand, y est restée 17 jours, les pertes se sont arrêtées. On lui proposa une opération qui ne fut pas acceptée; revenue chez elle, elle est restée quatre mois bien portante, mais depuis 2 mois 1/2 ses règles ne se sont pas arrêtées, les premiers jours elle souffrait beaucoup. Actuellement les douleurs ont disparu. Pas de troubles de la miction. Rien à l'auscultation.

A l'examen, le col utérin est rapproché de la vulve, porté à droite et en avant, le fond de l'utérus gros, arrondi est porté à gauche et en arrière. Au-dessus de lui et du côté gauche,

existe une masse volumineuse, dure, irrégulière, non fluctuante, douloureuse, remontant à 7 ou 8 travers de doigt, au-dessus du pubis venant faire saillie à l'abdomen. Les mouvements qu'on lui imprime se communiquent mal à l'utérus,

Opération le 21 juillet 1891. Laparotomie médiane qui permet de constater une grosse tumeur siégeant surtout à gauche, intimement adhérente au rectum, à l'utérus, au bassin. Séance tenante, extirpation vaginale de l'utérus. Débridement de la vulve à gauche. Pincement préventif des ligaments larges et morcellement. On place deux étages de pinces sur le ligament large à gauche, on a ouvert une poche énorme, remplie de caillots anciens.

Lavage de la poche à l'eau bouillie, tamponnement iodoformé. Suture du débridement. Guérison.

En novembre 1871. Etat parfait.

OBSERVATION II.

R. II..., 38 ans.

Entrée le 16 juillet 1891 à la Salpêtrière, salle Lallemand, n° 2.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade.

Réglée à 14 ans. Depuis toujours régulièrement. Ses règles duraient 3 jours, non douloureuses. Il y a 9 ans, accouchement très laborieux. A la suite de l'accouchement fièvre et frissons, douleurs dans le bas-ventre, surtout du côté gauche. Pendant un an, la malade reste presque constamment au lit, au bout d'un an, elle peut reprendre son travail, elle ressent à peine quelques petites douleurs au moment des règles, mais n'entraînant pas le repos. Les règles sont à peu près régulières.

Depuis 3 mois, la malade a recommencé à souffrir constamment. Douleurs irradiées dans les reins et les cuisses, disparaissant au moment des règles dont la durée est de 8 jours au lieu de 3.

Ecoulement blanchâtre peu épais, n'empesant pas la chemise et disparaissant après quelques injections.

Les dernières règles il y a trois semaines, n'ont pas été douloureuses.

Miction normale. Urine normale.

Constipation.

Rien au cœur, ni aux poumons.

A l'examen, utérus en rétroversion, col porté un peu à gauche. Annexes gauches peu grosses, mais douloureuses à la pression. Annexes droites présentant les mêmes lésions. Le 25 juillet 1891, débridement de la vulve à gauche. Trompe du volume de l'index remplie de pus, ovaire sclérosé.

A droite, kyste séreux comme une noix au niveau du pavillon. Salpingo ovarite, trompe comme un gros porte-plume. Ligature sur les pédicules vasculaires. Suture de la vulve. Guérison.

OBSERVATION III.

L... Marie, 42 ans.

Entrée le 18 juillet 1891 à la Salpêtrière, salle Lallemand, n° 11.

Antécédents personnels. — Rhumatisme articulaire aigu à 20 ans, compliqué probablement de congestion pulmonaire (fièvre dyspnée, crachats contenant quelques filets de sang) pendant 20 jours. Traitement: vésicatoire, ventouses scarifiées. Guérison. Règles à 10 ans. Toujours bien réglée depuis. Ses règles duraient de 4 à 5 jours, très abondantes, sans coliques.

Un enfant qui aurait 23 ans,

Jamais de pertes blanches.

Il y a deux ans, la malade ressentit pour la première fois à l'occasion de ses règles, de vives douleurs dans le bas-ventre du côté gauche. Depuis, ces douleurs se sont toujours mon-

trées à l'occasion des règles, quelquefois après. Ces règles ont progressivement augmenté de durée. Depuis les trois derniers mois, la malade est continuellement dans le sang. Douleurs irradiées dans les reins, n'ayant aucun caractère expulsif.

Elle a maigri beaucoup, a perdu 32 livres depuis 5 mois.

Rien aux poumons, ni au cœur.

A la palpation tumeur irrégulière dans le bas-ventre. Au toucher, col rapproché de la vulve. Utérus en rétroversion. On sent dans le cul-de-sac gauche, une tumeur volumineuse occupant le flanc gauche, remontant à deux travers de doigt, au-dessous de l'ombilic, immobile, fluctuante, accolée à l'utérus elle paraît en être indépendante car les mouvements que l'on cherche à imprimer du col à la tumeur et réciproquement, ne se transmettent pas.

L'utérus paraît du reste enclavé.

Rien d'anormal dans les urines.

Le 13 août 1891, laparotomie médiane, on trouve à gauche une poche irrégulière à parois épaisses absolument fusionnée avec le bassin. Le ventre est refermé. Séance tenante on procède à l'opération de Péan. Double débridement vulvaire ; l'utérus ne s'abaisse nullement ; en tirant sur le col on amène à soi la malade, mais l'organe ne descend pas. Grâce au débridement, l'opération s'exécute assez facilement. La poche séreuse est largement ouverte, puis tamponnée au salol. L'utérus est énorme et bourré de fibromes, poids 200 grammes. Les pincés sont laissées à demeure. Suture de la vulve. Guérison.

OBSERVATION IV.

Elisa R..., 26 ans, entrée le 12 août 1891 à la Salpêtrière salle Lallemand.

Antécédents personnels. Fièvres intermittentes à 15 ans. Réglée

à 15 ans, très irrégulièrement jusqu'à 18 ans. Depuis ce moment les règles affectent le caractère d'hémorrhagies, mais elles reviennent régulièrement tous les mois. A l'âge de 12 ans la malade a été « fortement contusionnée par un taureau : » fracture de côtes, luxation de l'épaule et immédiatement phénomènes péritonéaux. Ces accidents ont duré 4 mois environ.

Pas d'enfant, pas de fausse couche.

A 19 ans, pertes blanches ayant une coloration jaunâtre, pas de douleur en urinant. Les règles étaient et sont restées très abondantes, elles n'étaient pas douloureuses. Dans l'intervalle des règles, la malade avait des coliques d'origine intestinale. Les pertes blanches ont persisté.

Le 17 octobre 1890. Curettage et amputation du col.

Le 9 janvier. 2^e opération, il se forme un abcès dans l'intervalle, qu'on ouvre par le vagin ; il s'écoule une assez grande quantité de pus (3/4 de litre) puis le pus continue à couler jusqu'au mois de mai. Elle perdait 1/2 verre à 1 verre par jour. Depuis le mois de mai elle ne perd plus.

La malade n'avait pas souffert depuis son opération, mais depuis le mois d'avril elle souffre beaucoup notamment dans le côté gauche, ces douleurs s'irradient dans la cuisse gauche. Les deux mois qui ont suivi l'opération, elle n'a pas eu ses règles, celles-ci sont revenues le troisième mois peu abondantes et durant 1 jour seulement, les dernières le 6 août ayant duré également 1 jour.

Constipation opiniâtre. Miction normale.

Rien aux poumons ni au cœur.

La palpation abdominale ne révèle rien.

Au toucher, l'utérus est peu volumineux et assez mobile, on sent très bien le moignon du col et les deux lèvres artificielles qui ont été faites après l'amputation par le procédé de Schroeder. Le cul-de-sac droit est libre on sent les annexes qui sont peu volumineuses, du volume du pouce et qui roulent sous le doigt.

A gauche et vers le rectum le doigt sent une masse dépressible qui remonte assez haut dans le bassin ; saisie entre les mains elle paraît irrégulière, immobile, on ne peut déterminer de la fluctuation.

Elle paraît avoir le volume d'un gros œuf quoiqu'elle ne soit pas arrondie.

Le 22 août 1891. Double débridement vulvaire suivi de l'extirpation de l'utérus par morcellement au cours de l'extirpation une grosse poche séreuse se crève à gauche.

Les annexes gauches ont le volume d'un œuf ; la trompe affaissée contenait un liquide séreux, ovaire gros polykystique et scléreux.

Les annexes droites sont enlevées en partie seulement par la trompe. L'ovaire contient un kyste séreux et un autre hémattique.

Les jours suivants la malade présente des accidents d'intoxication iodoformée qui cèdent après le pansement au dermatol.

Le débridement du côté gauche suppure pendant plusieurs jours, on se contente d'enlever quelques fils et tout rentre dans l'ordre.

La malade présente encore des accidents de cystite et de pyélo-néphrite suppurée qui guérissent après huit jours de lavages vésicaux à l'eau distillée et au nitrate d'argent au 2/1000.

Le 3 février. La malade dont l'état est bon, revient pour une fistulette tuberculeuse de l'anus.

OBSERVATION V.

Marie M. 37 ans..., entrée le 6 août 1891 à la Salpêtrière petite salle Lallemand n° 6.

Antécédents personnels. Il y a 3 ans, fièvre scarlatine anasarque à la suite. Douleurs articulaires. Pleurésie droite. Pendant la convalescence, variole sans complications.

Réglée à 14 ans, l'a toujours été régulièrement. Pas d'enfant.

Il y a 14 ans fausse couche de 4 mois, à la suite elle est prise immédiatement de douleur dans le ventre, de fièvre très forte, est soignée pendant 3 mois à Lariboisière pour hématocele. Depuis cette époque elle a toujours eu des douleurs dans le ventre. Douleurs très violentes au moment des règles, s'accompagnant de vomissements. Les règles n'étaient cependant pas modifiées, dans l'intervalle elle souffrait un peu et ressentait une sensation pénible de pesanteur dans le bas ventre.

Il y a 7 ans, M. le Dr Vincent, dans une clinique libre lui enlève un polype. Cette opération fit disparaître la sensation de pesanteur qu'elle éprouvait dans le bas-ventre. Mais les douleurs des règles persistèrent avec autant d'intensité.

Depuis 3 mois les règles ne sont plus régulières elles repaissent deux, trois fois dans le mois elles sont très douloureuses et s'accompagnent de vomissements. Dans l'intervalle même douleurs qu'autrefois.

La malade a maigri. Pas de constipation. Miction normale.

A l'examen. — Circonférence abdominale, 88 centimètres. Le palper adominal ne donne que des renseignements incertains par suite de la tension abdominale, cependant on sent une tuméfaction un peu dure dans le côté gauche.

Le toucher montre le col hypertrophié, rapproché de la vulve et un peu à gauche, le fond utérin renversé en rétroflexion dans le cul-de-sac gauche ; on retrouve la tuméfaction signalée dans l'abdomen.

Le toucher rectal montre au dessus du corps utérin rétrofléchi, une masse dure arrondie, du volume du poing environ, et se continuant probablement avec la tuméfaction abdominale.

Le 1^{er} septembre 1891. Laparotomie exploratrice. On trouve un énorme hydrosalpinx aplati remontant jusqu'à l'ombilic, et très adhérent au bassin à gauche.

Fermeture du ventre.

Séance tenante, extirpation vaginale de l'utérus.

Débridement de la vulve à gauche. Morcellement de l'utérus en 3 fragments. On extrait ensuite avec peine les annexes droites énormes, remplies de pus, qui se crèvent pendant l'énucléation, elles ont le volume d'un œuf de poule.

OBSERVATION VI.

J. Berthe, 24 ans, entrée à la Salpêtrière, salle Lallemand, n° 19.

Antécédents héréditaires : Père et mère vivants et bien portants. Une sœur morte en couches. Un frère mort enfant. Six frères et sœurs vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade. Réglée à 15 ans. Depuis régulièrement. Règles toujours douloureuses.

En février 1889. Douleurs expulsives et pertes très considérables, cependant pas de retard dans les règles. Depuis cette époque elle souffre toujours un peu dans le ventre.

En août 1890. La malade a des pertes blanches très abondantes et souffre en urinant.

Actuellement, les règles sont douloureuses, douleurs spontanées dans le bas-ventre et dans les cuisses, surtout dans la cuisse droite et dans les reins.

Pas de constipation, mais quelques douleurs à la défécation plus de douleur en urinant.

Examen. — A la palpation on sent une masse dure, volumineuse, mobile dans la fosse iliaque droite. De même à gauche. Par le toucher : utérus petit, mobile. Salpingite volumineuse

dans le cul-de-sac droit qu'on sent très bien par le palper bimanuel. Salpingite peu douloureuse du côté gauche.

Le 10 septembre 1891, débridement de la vulve à gauche. Extirpation de l'utérus. La moitié inférieure de l'organe est enlevée par morcellement. Le corps de l'utérus est fendu verticalement; chaque fragment sert ensuite à attirer les annexes volumineuses des deux côtés, suppurées et du volume d'un œuf. Ligature des vaisseaux. Tamponnement iodoformé. Suture de la vulve.

Mort le 12 septembre. La température n'a pas atteint 38°. A l'autopsie on trouve quelques tubercules guérissau sommet du poumon. Les deux reins pèsent l'un 80 grammes, l'autre 110 gr. Leurs surfaces sont parsemées de tubercules. L'examen histologique pratiqué par M. Pilliet révèle les lésions de néphrite tuberculeuse.

OBSERVATION VII

Marie G., 40 ans.

Entrée le 28 juillet 1891, à la Salpêtrière, salle Lallemand, n° 19.

Antécédents personnels. — Réglée à 16 ans. Toujours bien réglée depuis. 3 enfants, le dernier il y a 9 ans.

En avril 1891 deux jours après avoir eu ses règles, elle fut brusquement prise d'une perte très abondante qui dura deux jours. Depuis ce moment elle a toujours eu entre ses règles des métrorrhagies, la moindre injection la faisant saigner. Au moment de ses règles qui était normales, quelques tiraillements dans les reins, dans l'intervalle, matrice sensible, n'éprouve pas de douleurs lancinantes. Pertes blanches, claires comme de l'eau, sans odeur spéciale. Les pertes blanches n'existent que depuis quelque temps. Elles sont incessantes et s'entremêlent avec les hémorrhagies. La malade a perdu 17 livres depuis le mois d'avril. Selles normales. Pas de troubles de la défécation.

Rien au cœur ni au poulmon. Au speculum l'examen montre un col presque conique, entr'ouvert. laissant échapper des végétations abondantes. Véritables fongosités, saignant assez facilement. Au toucher on constate que l'utérus est mobile mais volumineux et dépasse notablement la symphyse, le fond utérin est incliné à droite.

M. Dubar, ayant fait l'examen histologique, constate l'existence d'un carcinome.

Le 12 août 1891. Débridement de la vulve à gauche morcellement de l'utérus en deux fragments seulement.

Pincés à demeure. Tamponnement au salol. Suture de la vulve.

Pendant plusieurs jours, la température monte à 39°.

Les accidents cessent par des lavages répétés au sublimé.

Au mois de février 1892, la malade revient avec une récurrence vaginale qui s'est faite dans les limites du débridement, les culs-de-sac paraissent intacts. La cicatrice est dure un peu épaisse dans la profondeur. La récurrence a la forme d'une plaque triangulaire se terminant en haut vers la cicatrice, en bas vers l'orifice vulvaire.

Le 29 février. Ablation de la plaque cancéreuse, toute la paroi vaginale paraît atteinte.

Récurrence rapide au bout d'un mois, au fond du vagin et sur la plaie vaginale.

OBSERVATION VIII

Marie M., 46 ans.

Entrée le 18 juillet 1891 à la Salpêtrière. Salle Lallemand, n° 19.

Antécédents personnels. — Régulée à 18 ans, règles régulières durant 5 à 6 jours, abondantes, accompagnées de coliques.

Pas d'enfant, pas de fausse couche.

Depuis trois ans, la malade supportait un traitement con-

sistant en cautérisations du col. Depuis deux ans douleurs dans le côté gauche. Il y a huit mois environ, hémorrhagie au moment des règles; depuis, ses règles durent plus longtemps et sont plus abondantes, à deux reprises différentes hémorrhagie dans l'intervalle. Il y a 4 mois écoulement blanc roussâtre, continu, sentant très mauvais.

La malade a maigri beaucoup. Mictions très fréquentes difficiles dans la station verticale. Gêne pour aller à la garde-robe. Urine normale.

Appétit conservé. Rien au poumon ni au cœur. Au toucher on sent le col porté en avant sur la partie antérieure du vagin, le fond de l'utérus vers le rectum Rétroversion.

Le col est constitué par une masse bourgeonnante, indurée en certains endroits, faible en d'autres; saignant très facilement. L'utérus est mobile, mais il est loin et paraît volumineux. Les culs-de-sac paraissent libres.

Opération le 5 août 1891. Débridement de la vulve à gauche. Les lésions de l'utérus sont considérables, les deux lèvres du col sont remplacées par un énorme champignon cancéreux. La paroi vaginale postérieure adhère à la tumeur utérine sur une hauteur de 4 centimètres on dut la réséquer. L'utérus énorme, bourré de fibromes pesait 135 grammes.

La malade mourut de septicémie reconnaissant pour cause l'infection du col cancéreux. Les lésions rénales (pyélite suppurée à droite), ont facilité le développement des accidents en diminuant la résistance de l'organisme. Sans le débridement de la vulve, l'opération eût été impossible à exécuter.

OBSERVATION IX

Marie T..., 24 ans.

Entrée le 5 août 1891, à la Salpêtrière. Salle Lallemand.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Bronchites fréquentes dans l'en-

fance. Régulée à 12 ans régulièrement, sans douleurs. Mariée à 18 ans. Un enfant à 19 ans (1886) suites de couches normales.

Le 20 juin, époque de ses règles, la malade commence à perdre comme d'habitude, depuis elle a toujours eu avec quelques alternatives, des hémorrhagies et de la leucorrhée. Ces pertes, au dire de la malade, sentaient très mauvais. Au mois de juillet elle a ressenti de violentes douleurs dans le ventre et dans les reins, douleurs qui depuis ont disparu.

Plusieurs métrorrhagies, une très abondante dans la nuit du 3 au 4 août.

Pas de douleur spontanée, ni provoquée dans l'abdomen, pas de troubles de la miction ni de la défécation.

Bon état général.

Par le toucher on arrive, sur le col utérin qui est recouvert de fongosités. Le corps utérin ne paraît pas envahi dans sa totalité, les culs-de-sac vaginaux sont libres, cependant il est difficile de mobiliser l'utérus.

Diagnostic : épithélioma utérin.

Le 7 août 1891. Double débridement de la vulve.

Les deux lèvres du col sont cancéreuses, surtout la postérieure qui s'étale énorme en chou-fleur, adhérent à la paroi vaginale postérieure. L'utérus est énorme, il descend mal et la friabilité du col ajoute encore aux difficultés opératoires. Grâce au débridement, l'opération s'exécute cependant avec assez de facilité.

Ovaire et trompe malades enlevés à la fin de l'opération, suintement sanguin difficile à arrêter.

Tamponnement iodoformé, suture de la vulve, 1 fil d'argent de chaque côté.

9 août, ablation des pinces.

10 août, matin, temp. 38° 6. Lavages. Pouls fort rapide, ablation des tampons. Le soir délire, pouls : 170.

Anurie, vomissements, symptôme de l'empoisonnement iodoformé,

Mort le 11 août. Pas de péritonite, les reins sont congestionnés, jaunâtres.

OBSERVATION X

M. Louise, 28 ans.

Entrée à la Salpêtrière le 30 juillet 1871, salle Lallemand, n° 4.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans, toujours régulièrement depuis, ses règles duraient de 6 à 7 jours, non douloureuses. Un enfant il y a 5 ans $1/2$.

Depuis son accouchement, la malade est souffrante. Pas d'accident puerpéral apparent, mais les règles deviennent plus abondantes et durent 8 à 9 jours. Pas de douleur dans le bas-ventre, mais sensation de tiraillements dans les reins.

Il y a trois ans, un nouveau symptôme est venu s'ajouter, c'était une sensation de poids, de corps glissant entre les cuisses, que la malade éprouvait quand elle était debout. Pendant trois mois, elle fut obligée de porter un pessaire. Puis les règles sont revenues plus abondantes, elles duraient 10 à 12 jours, mais la malade n'avait pas de douleurs dans l'interval.

Les symptômes sont surtout accusés depuis l'an dernier, le ventre a augmenté de volume, les pertes durent plus longtemps et la malade est obligée de se coucher. Ces pertes durent quelquefois, 8 jours, d'autrefois 20 à 24 jours, accompagnées souvent de vives douleurs.

La miction et la défécation ne sont pas gênées, appétit excellent. Rien au cœur ni aux poumons. Bon état général.

Au moment de l'opération, poussée de pemphigus : les pertes sont revenues également le jour de l'opération.

Circonférence : 104 centimètres.

A l'examen. — Tumeur remontant à cinq travers de doigt au-dessous de l'épigastre, peu étalée dans les flancs, dure, assez mobile, plongeant dans le petit bassin.

Le col est difficilement atteint, mobilité réciproque du col utérin et de la tumeur abdominale. Culs-de-sac vaginaux remontés et libres.

Opération le 6 août 1891. Ablation de la tumeur par l'abdomen. Incision de 22 cent. Ligature du ligament large, caoutchout sur le col, fermeture provisoire de l'abdomen, avec des pinces et erignes, ablation du col par la voie vaginale.

Débridement de la vulve à gauche. Pinces laissées en place, suture consécutive de la paroi abdominale.

Trompe et ovaire gauches enlevés seuls.

Tumeur molle et friable enveloppée dans la paroi antérieure de l'utérus difficilement énucléable. Poids de 3 livres.

8 août. Ablation des pinces. Lavage au sublimé tiède.

Forte hémorrhagie. Tamponnement très serré. Soir 39°.

9 août. La température redescend après l'ablation des tampons.

Guérison.

OBSERVATION XI

G.... M..., 33 ans.

Le 11 avril. Hystérectomie abdominale avec pédicule rentré pour fibrome utérin. Consécutivement, écoulement purulent très abondant.

En juin, on essaie inutilement d'extraire le caoutchouc.

Le 4 août 1891. Ablation d'un moignon utérin avec débridement de la vulve à gauche. Une pince laissée en place. Une ligature.

Suture de la vulve au crin de Florence.

Guérison.

OBSERVATION XII

M... Louise, 38 ans.

Entrée le 2 juillet 1891, à la Salpêtrière, salle Lallemand, n° 6.

Antécédents personnels. — Réglée à l'âge de 15 ans. Toujours bien réglée.

Il y a cinq ans, la malade reçoit « une violente commotion électrique » pendant un orage ; depuis, elle se plaint d'avoir eu des crises de nerf, des vomissements, des névralgies ; la digestion est difficile ; énervements fréquents.

Depuis deux ans, la malade perd abondamment à chaque époque menstruelle. Au début, les écoulements étaient moins abondants, maintenant elle perd du sang en grande quantité.

Réglée tous les 15 jours à peu près, ses règles durent 5 à 6 jours.

Dans l'intervalle de ses règles, la malade a des pertes blanches très abondantes.

Il y a un an, elle ressentait dans le ventre et dans les reins une douleur sourde variant comme siège, douleur qui s'est localisée actuellement dans le bas-ventre et surtout à gauche, sensation de tiraillement pendant la marche.

La malade est vierge.

Au toucher, on sent une tumeur arrondie, molle, se laissant déprimer par le doigt ; cette tumeur fait saillie entre les deux lèvres friables du col utérin énormément dilaté.

Le 16 juillet, débridement de la vulve à gauche. Section du col à gauche. Morcellement de la tumeur. Tamponnement iodoformé, suture de la vulve aux crins de Florence. La tumeur avait à peu près le volume du poing, elle était friable et paraissait sphacélée. Guérison.

OBSERVATION XIII

B... Céline, 52 ans.

Entrée le 18 juin 1891, à la Salpêtrière, salle Lallemand. n° 8.

Antécédents héréditaires. — Père mort de maladie de cœur.

Mère bien portante. Un frère et une sœur bien portants. Une sœur morte de méningite à 14 ans.

Antécédents personnels. — Depuis 2 ans, la malade ressent des douleurs dans les reins, sensation de tiraillements. L'année dernière, elle commence à uriner du sang à plusieurs reprises, elle a à ce moment des envies fréquentes d'uriner (10 et 12 fois la nuit). La miction est douloureuse, les urines contiennent du sang et des caillots et sont peu abondantes; en dehors de ces crises d'hématurie, miction et urine normales. De janvier à mai 1891, elle n'a cessé d'uriner du sang; la miction était très douloureuse, les douleurs partaient de la région rénale du côté droit et s'irradiaient jusqu'à la vessie. L'urine était rare, les premières gouttes n'étaient pas colorées; le sang ne venait qu'à la fin de la miction. Elle éprouvait des épreintes et du ténesme. Elle n'a jamais uriné de graviers.

Depuis le mois de mai, miction normale sans hématurie. Ménopause depuis le mois de janvier 1891,

Pas d'amaigrissement. Bon appétit, digestion facile. Selles normales. Poumon et cœur sains.

Le 19 juin 1891, on fait la taille vésico-vaginale qui permet d'enlever une volumineuse tumeur de la vessie. L'incision de la taille fut suturée au catgut. Au 8^e jour, il se produisit une fistule qui résista au repos, à la sonde de Pezzer à demeure et à la cautérisation au thermo-cautère répétée 2 fois (18 et 24 juillet 1891).

3 août 1891. Réparation de la fistule. Le col utérin, effacé par l'atrophie sénile, n'existe plus; le vagin est si profond et si plissé, qu'il est impossible d'apercevoir l'orifice fistuleux. Grâce au double débridement vulvaire, on le met en évidence; il siège à 8 centimètres de la vulve et il devient facilement accessible. Avivement large; suture au fil d'argent. Sonde de Pezzer à demeure, suture des débridements. Guérison en quelques jours.

OBSERVATION XIV

G... Eulalie, 57 ans.

Entrée le 11 avril 1892 à la Salpêtrière, salle Lallemand, n° 3.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 89 ans. Mère ayant eu 12 enfants, 9 morts en bas âge, 3 vivants.

Antécédents personnels. — Réglée à 17 ans, depuis régulièrement.

Ménopause à 45 ans. Il y a 12 ans qu'elle est soignée pour un prolapsus utérin, elle a toujours porté des pessaires ; quand elle travaille, elle ressent des douleurs très vives dans le bas-ventre.

Depuis 15 jours, le prolapsus augmentant, elle se décide à se faire opérer. Elle se plaint surtout d'une sensation de brûlure au niveau de la vulve.

Au spéculum, on remarque un prolapsus utérin, l'utérus se laisse facilement abaisser avec une pince à érignes ; à la palpation, rien dans l'abdomen, dont les parois sont épaisses et flasques.

Au toucher, on arrive immédiatement sur un col de nullipare conique long de 4 à 5 cent. et distant de la vulve d'environ 4 cent.

Les culs-de-sac vaginaux sont libres et souples. Le corps de l'utérus est notablement augmenté de volume. La cavité utérine à l'hystéromètre donne 9 centimètres.

Le 15 avril 1892. Ablation de l'utérus et du vagin. Incision circulaire sur la partie la plus élevée de la tumeur sortie par la vulve. Deux incisions verticales latérales. Les deux valves vaginales sont arrachées, puis sectionnées en bas. Ablation de l'utérus de bas en haut. Section circulaire aux ciseaux sur le milieu de la hauteur de l'utérus allant jusqu'à cet organe.

Les artères volumineuses sont pincées avec les pinces hémostatiques. Péritoine ouvert, section de la partie supérieure des ligaments larges sur une forte pince des deux côtés. Hémorrhagie abondante provenant de l'utérine. Débridement vulvaire à gauche, pincement de la partie inférieure du ligament large. On laisse 6 grosses pinces et plusieurs petites.

Tamponnement iodoformé, pas de suture de débridement.

Pendant 5 jours, température normale, puis pendant 6 jours température élevée et sphacèle des pédicules. Diarrhée. Puis la température tombe à la normale, puis au-dessous, et la plaie du débridement reste pâle, atone.

Le 15 mai, grattage de la plaie du débridement et sutures au crin sans chloroforme ni cocaïne.

Les fils sont laissés 8 jours, 2 restent 15 jours; on les enlève le 17.

Guérison complète.

OBSERVATION XV

B... Séraphine, 51 ans.

Entrée à la Salpêtrière le 10 mars 1892, salle Lallemand, n° 22.

Antécédents héréditaires. — Père inconnu.

Mère morte d'une fluxion de poitrine à 54 ans.

Antécédents personnels. — Réglée à 19 ans. Règles régulières et peu abondantes; 2 enfants morts en bas âge.

La malade était bien portante, lorsqu'il y a 3 semaines elle fut prise subitement de rétention d'urine; elle se fit admettre à l'Hôtel-Dieu, où on la sonda plusieurs fois et où, dit-elle, on constata «une descente de matrice» que l'interne de service aurait réduite. Après 10 jours de séjour à l'Hôtel-Dieu, elle vint à la Salpêtrière. Actuellement, sa rétention d'urine a disparu. Pas de constipation. Elle n'a jamais eu de métrorrhage.

gie. Les dernières règles, qui datent de 3 semaines, ont duré 4 jours. Pas de pertes blanches. L'état général de la malade est satisfaisant. Pas de troubles digestifs.

Examen. — La palpation ne fournit aucun renseignement. On ne trouve aucune tumeur.

Au toucher, on arrive immédiatement sur le col utérin qui est de consistance normale, et n'est distant de la vulve que de 4 à 5 centimètres. Les culs-de-sac ne sont pas douloureux, ils sont libres en haut et à gauche. Mais au contraire, en bas et à droite, on sent à travers la paroi vaginale une tumeur dure, lisse, qui paraît être le corps utérin rétro et latéroversé. On s'en assure en combinant le palper au toucher, et l'on sent à droite de la ligne médiane le corps de l'utérus qui remonte à 4 travers de doigt au-dessus du pubis. Le corps utérin est donc très volumineux ; de plus, à ce niveau, le toucher vaginal est légèrement sensible et provoque chez la malade une légère hémorrhagie. Urine normale. Miction fréquente et douloureuse.

Le 18 mars 1892. Extirpation vaginale totale de l'utérus. On commence par isoler et décoller le col, fente bilatérale. Introduction du doigt dans la cavité utérine qui paraît courte. Dans l'impossibilité de distinguer le fibrome, on décide l'extirpation totale. Après avoir amputé 4 à 5 centimètres du col, on fait le débridement à gauche et l'opération marche régulièrement.

Pincement des ligaments larges, section, morcellement irrégulier. A un moment donné, le ligament gauche est complètement désinséré et l'utérus descend. Suture de haut en bas du ligament droit. Suture du débridement.

Tamponnement iodoformé.

La tumeur enlevée pèse près de 500 grammes.

OBSERVATION XVI

H. Antoinette, 65 ans.

Entrée le 18 avril 1891. Salle Lifranc, 22.

Antécédents personnels.—Réglée à 15 ans, toujours bien réglée.

Un enfant il y a 45 ans. Accouchement normal.

Une fausse couche en 1870. Ménopause à 51 ans.

C'est après sa fausse couche que la malade remarque le commencement du prolapsus dont elle se plaint maintenant, ce prolapsus s'accompagne des accidents vésicaux de cystocèle. La chute de l'utérus augmente de plus en plus et la malade a consulté des médecins qui lui ont toujours conseillé des pessaires. Dans ces derniers temps, malgré ces pessaires, l'utérus sortait en dehors de la vulve et la malade avec son vagin ulcéré par les pessaires et avec tous les troubles fonctionnels dus à son prolapsus ne peut plus travailler à son métier.

A son entrée on trouve : Prolapsus utérin considérable au moment des efforts, et quand la malade est debout l'utérus sort par la vulve tout à fait au dehors.

L'utérus mesure 5 centimètres.

Les parois du vagin sont lâches, flasques, le périnée est faible, dépressible, étroit. Il n'y a pas de lésions des annexes.

Rien au cœur ni aux poumons.

Le 20 avril 1891. Sur la paroi postérieure du vagin, on fait un pli transversal à la muqueuse et on enlève ce pli de la paroi, de façon à avoir une plaie ovalaire à grand diamètre transversal qu'on suture à la soie.

Le 19 juin. La vulve est petite, mais à la toux la cystocèle prolabe, la malade raconte « qu'une tumeur est sortie par la vulve les jours précédents ».

Le 22 juillet 1891. Oblitération de la vulve. Incision circulaire à la vulve. Dissection du vagin sur une hauteur de 4 c.

Excision de l'anneau vaginal disséqué. Cinq sutures au fil d'argent, aiguille d'Emmet.

28 juillet. Hématome considérable prolongé dans la fesse gauche (hémorrhagie entre les fils).

Ablation des fils, il s'écoule du sang fétide noir et mélangé de pus provenant du vagin.

12 août. Orifice vulvaire rétréci, seulement la réunion ayant échoué, tendance au prolapsus des parois vaginales. Procidence à la toux ne dépassant l'orifice vulvaire. Quelques jours après procidence par la vulve d'une énorme tumeur difficilement réductible.

7 septembre. Débridement de la vulve à gauche. Extirpation de tout le vagin et de l'utérus atrophie (6 cent. de longueur). Ligatures, pas de pinces à demeure.

Suture du débridement vulvaire après excision de 1 cent. 1/2 de muqueuse de chaque côté pour rétrécir.

OBSERVATION XVII.

S... G, 40 ans.

Entrée à la Salpêtrière, juin 92. Salle Lallemand, n° 14.

Antécédents héréditaires. — Père mort. Mère bien portante ayant eu 7 enfants dont 5 vivants. 2 morts. 1 en bas-âge. 1 de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Aucun antécédent pathologique. Réglée à 17 ans. Régulièrement depuis 1 enfant.

Il y a 4 ans à la suite « d'un bain intempestif » la malade aurait eu une première perte qui aurait duré 15 jours.

Depuis ce temps les pertes ont continué et elle perd 15 jours ou 3 semaines par mois.

Il y a deux mois elle s'aperçut qu'il sortait de son vagin une tumeur qui saignait continuellement, c'est ce qui la décida à entrer à l'hôpital.

Etat général bon.

Examen. — Au palper, on sent au-dessus du pubis une série de petites tumeurs, dures, bosselées, semblant dépendre de l'utérus. Elles s'élèvent sur la ligne médiane jusqu'à 4 travers de doigt au-dessus du pubis, et vont en diminuant progressivement de hauteur dans la fosse iliaque droite, à gauche elles dépassent la ligne médiane d'environ 4 centimètres.

Le palper à ce niveau est légèrement douloureux.

Au toucher en arrière on arrive sur le col qui est volumineux et dévié à gauche. De son orifice sort un polype à pédicule assez gros, piriforme paraissant avoir 8 cent. de long. sur 4 de large.

Les culs-de-sac latéraux sont libres. Le cul-de-sac postérieur et surtout le cul-de-sac antérieur sont occupés par des tumeurs dures et indolores, dépendant de l'utérus dont le corps est dévié à droite.

8 juillet 1822. — Débridement vulvaire gauche.

Ablation du petit polype, puis de tout l'utérus fibromateux. Après incision circulaire du col deux clamp de 3 cent. sont appliqués sur le bord inférieur du ligament large.

Section des ligaments puis morcellement progressif du fibrome, à la fin de l'opération le fond de l'utérus sort, encore soutenu par le bord supérieur des ligaments larges qui sont pincés et coupés. 4 pinces seulement restent en place. 1 ligature d'une grosse artère du ligament large.

La masse morcelée pèse 750 grammes.

Suture du débridement, catgut pour la portion vaginale Crins. Saupoudrage avec de l'iodoforme.

La malade va bien.

CONCLUSIONS

Le débridement de la vulve pratiqué suivant la technique indiquée par M. Chaput est une opération simple et facile à exécuter.

Par ce procédé, on ouvre bien plus largement l'orifice vulvovaginal que par les procédés anciens.

Le plus souvent on peut se contenter d'un simple débridement unilatéral ; mais dans des cas exceptionnels, il faut avoir recours au débridement bilatéral qui donne alors au vagin des dimensions extraordinaires.

Cette opération n'entraîne aucune complication ultérieure, soit immédiate, soit éloignée.

Le débridement de la vulve est indiqué d'une manière générale comme opération préliminaire dans toute les interventions un peu complexes pratiquées sur l'utérus, le vagin ou la vessie chez des femmes vierges ou chez des femmes ayant une vulve et un vagin d'une étroitesse anormales.

Cette opération peut être encore indiquée chez des femmes dont le canal vulvo vaginal présente des dimensions normales.

1° Dans l'extirpation vaginale de l'utérus pour salpingite, pour fibrome ou pour cancer, toutes les fois que la tu-

meur est énorme ou que l'utérus solidement fixé dans le petit bassin est impossible à abaisser.

2° Dans les fistules vésico-vaginales inaccessibles.

CONCLUSIONS

VU

Le Doyen

BROUARDEL

VU

Le Président de la thèse,

TILLEAUX

VU ET PERMIS D'IMPRIMER.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

